

* **Диспепсия новорожденных.
Синдром
«раздраженного кишечника»**



Диспепсией принято называть остро возникающее или хронически протекающее расстройство пищеварительных функций, при котором нет инфекционного поражения системы пищеварения, нет проблем в строении желудка и кишечника. Это функциональное расстройство, которое принято называть «несварение» пищи. Оно проявляется в расстройствах работы желудка или кишечника в виде тошноты, диарей, рвот, из-за погрешностей в питании, чаще всего состояние регистрируется среди детей.

* Причины

- * У новорожденных явления диспепсии возникают обычно в виде острых проявлений, возникают достаточно часто в силу того, что пищеварительная система крохи еще незрелая, нежная и крайне чувствительна к любым изменениям питания.
- * Новорожденные могут принимать и усваивать только жидкую пищу, в идеале это должно быть грудное молоко. Если нет возможности кормить кроху именно грудью, питание должно быть строго адаптированным под возраст и особенности ребенка.
- * Среди новорожденных основной причиной в формировании диспепсии будет пищевой фактор, то есть дефекты в питании крохи. Основными среди них можно считать нерациональный рацион мамы, кормящей кроху грудью. При несоблюдении особой диеты для кормящих, употреблении аллергенных, раздражающих, напичканных пищевой химией продуктов, газообразующих блюд, их частицы могут быть переданы с грудным молоком крохе, что приводит к страданию его пищеварения.
- * Другим важным фактором будет перекармливание ребенка, что касается детей на смесях. Грудным молоком перекармит кроху невозможно, он просто не высосет больше молока из груди, чем ему необходимо. А вот при кормлении смесью, если она слишком густо разведена, ее объем больше норм на 10-20% и более, это приведет к перерастяжению стенок желудка, нагрузке на пищеварение и избыточному весу, расстройствам работы желудка и кишки.

* ОСНОВНЫЕ ВИДЫ ДИСПЕПСИИ

- * Диспепсия может иметь простую и токсическую форму.
- * Простая диспепсия сопровождается расстройством желудочно-кишечного тракта.
- * При токсической диспепсии нарушается обмен веществ. Этот вид заболевания может сопровождаться токсическим отравлением организма. Чаще всего оно развивается на фоне отита, ОРВИ.
- * Токсическая диспепсия может стать следствием простой. Вредные продукты распада накапливаются в организме и всасываются в кровь, вызывая токсическое отравление.

*** В зависимости от характера нарушения выделяют следующие виды диспепсии :**

*** бродильную**

*** гнилостную**

*** стеаторею**



- * Бродильная диспепсия бывает вызвана избыточным поступлением углеводов в организм. В результате брожения у малыша развивается диарея.
- * Гнилостный тип заболевания бывает вызван избыточным поступлением белковых продуктов в организм. Продукты распада белков всасываются в кишечные стенки и попадают в кровь. Именно от этого у малыша развиваются понос и рвота.
- * Стеаторея бывает вызвана поступлением в организм грудничка слишком жирной пищи. При этой форме расстройства кал ребенка становится жирным, плохо смывается с пеленки.

* СИМПТОМЫ

- * Заболевание может протекать остро. До появления первых его признаков у детей нередко наблюдается вялость, снижение аппетита.
- * Насторожить должны следующие симптомы :
 - * учащение стула до 5-7 раз в день
 - * изменение характера стула
 - * При диспепсии стул становится жидким, неоднородным по консистенции и окраске с примесями слизи и кусочков белого, желтого цвета.
 - * вздутие живота
 - * рвота, срыгивания
 - * появление колик

При токсической форме диспепсии могут наблюдаться следующие симптомы :

- * лихорадка,
- * повышение температуры тела
- * неукротимая рвота
- * учащенный стул (до 15-20 раз в сутки)
- * стул становится водянистым
- * снижение тургора тканей
- * жажда
- * Кожа малыша становится обезвоженной, сухой, черты лица заостряются.
- * снижение рефлексов
- * появление судорог
- * Обезвоживание может быть очень опасно для младенца. При возникновении всех вышеперечисленных симптомов родителям нужно немедленно вызвать доктора или самостоятельно обратиться в больницу.

* ЛЕЧЕНИЕ

- * *Легкие формы диспепсии не требуют госпитализации.*
- * Легкие формы диспепсии не требуют госпитализации. После осмотра доктор делает назначения и предлагает родителям лечение в домашних условиях. Для начала нужно устранить причину заболевания. К примеру, если болезнь грудничка вызвана перекормом, родителям нужно временно ограничить кормления, заменить некоторые из них теплой водичкой, травяным чаем. Ребенку постарше можно предложить глюкозо-солевые растворы, рисовый отвар. Малышам отлично подходит укропная водичка.
- * Если заболевание вызвано низким качеством продуктов, нужно срочно заменить молочную смесь, отказаться от прикорма на время.

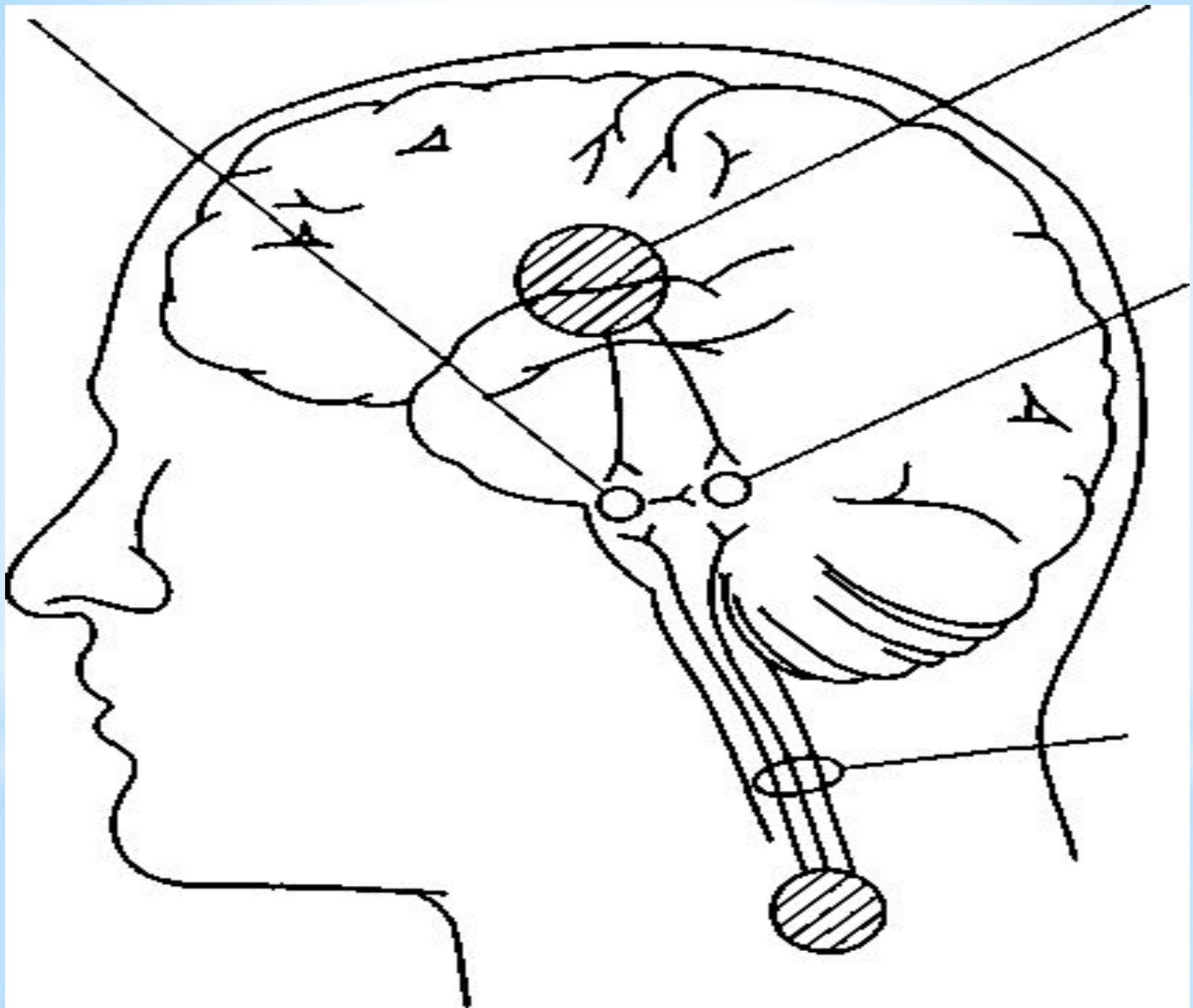
* Для улучшения пищеварения нередко назначают ферменты. Если болезнь угрожает перейти в токсическую форму, нужно обязательно давать детям сорбенты. Чаще всего болезнь сопровождается повышенным газообразованием. В этом случае нужно применять газоотводную трубочку. На животик грудничку можно положить теплую пеленку и осторожно помассировать его по часовой стрелке.

При токсической диспепсии необходима немедленная госпитализация. Это довольно тяжелое заболевание. Врачи обязательно должны обследовать маленького пациента, после чего назначить лечение. Чаще всего оно начинается с водно-чайной паузы, которая может длиться от 12 до 24 часов. В это время давать малышу что-либо кроме воды или чая противопоказано.

* **СИНДРОМ РВОТЫ И СРЫГИВАНИЙ**

* **Рвота** — непроизвольное стремительное выбрасывание содержимого пищеварительного тракта, в основном желудка, через рот (иногда и через нос), которое является результатом активного сокращения брюшных мышц, диафрагмы и, в меньшей степени, самого желудка. Рвота часто является защитной реакцией пищеварительной системы на попадание или образование в организме токсических или других вредных веществ.





*Срыгивания

Отличаются от рвоты тем, что рефлюкс пищи идет лишь за счет сокращений мышц желудка. При этом съеденная пища выделяется без усилий, без выраженных сокращений мускулатуры брюшной стенки. Общее состояние ребенка не нарушается, выброс желудочного содержимого менее энергичен, ребенок как бы «сливает» молоко изо рта сразу или через небольшой промежуток времени после кормления. Срыгивания не сопровождаются вегетативными симптомами, не отражаются на поведении, аппетите, настроении ребенка.

Склонность к срыгиваниям — одна из характерных черт новорожденных и детей первых месяцев жизни. Это обусловлено особенностями строения верхних отделов пищеварительного тракта в этом возрасте: слабость кардиального сфинктера при хорошо развитом пилорическом; горизонтальное расположение желудка и форма его в виде «мешка», высокое давление в брюшной полости и, наконец, горизонтальное положение самого ребенка и большой объем пищи, который он начинает получать уже к 10—14-дневному возрасту — $1/5$ от массы тела в сутки (представьте, что вам надо столько выпить и съесть за сутки!), предрасполагают к возникновению срыгиваний у вполне здоровых новорожденных.

* В основе функциональных рвоты и срыгиваний у детей первых месяцев жизни могут лежать разные механизмы:

- * • нарушение координации глотания и перистальтики пищевода;
- * • низкая саливация;
- * • недостаточная перистальтика желудка и кишечника;
- * • повышение постпрандиального растяжения желудка;
- * • пилороспазм.

В большинстве случаев эти механизмы являются результатом недостаточной зрелости как нейровегетативной, так и интрамуральной и гормональной системы регуляции моторной функции; по мере созревания этих систем — в течение первого полугодия жизни функциональные рвота и срыгивания самопроизвольно проходят.

*** По классификации Э.Керпель-Фрониуса
рвоту можно раз-
делить на две группы:**

*** I. Первичная** — когда патология как причина находится в желудочно-кишечном тракте

*** II. Вторичная** — когда причина находится вне пищеварительного тракта.

*** Вторичную (симптоматическую) рвоту можно условно разделить на три основные группы:**

- * 1) связанную с инфекционными заболеваниями;
- * 2) церебральной патологией;
- * 3) нарушениями обмена веществ.

С точки зрения проведения лечебных мероприятий, важно подразделение желудочно-кишечных форм на:

- * 1) функциональные
- * 2) органические.

* **ПЕРВИЧНАЯ (ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНАЯ) РВОТА**

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.

Он находится в зоне повышенного давления, распространяющейся от желудка на 1–2 см выше диафрагмы. В формировании запирающего механизма НПС участвует ряд компонентов:

- 1) мышечный;
- 2) диафрагмальный;
- 3) сосудистый;
- 4) клапан Губарева;
- 5) угол Гиса.

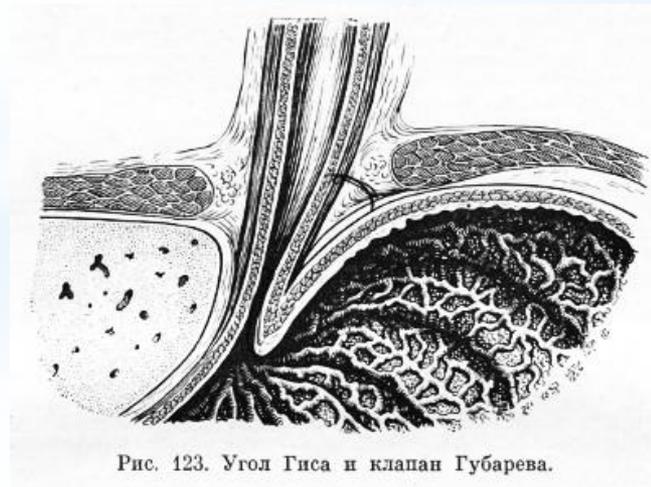


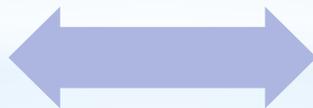
Рис. 123. Угол Гиса и клапан Губарева.

У новорожденных давление НПС составляет 20–21 мм рт.ст., что в 2–3 раза ниже, чем у взрослых; пищеводно-желудочный переход расположен на уровне ножек диафрагмы. Замыкание кардии обеспечивается у них клапанным аппаратом Губарева, основную роль играет угол Гиса. У здоровых детей грудного возраста угол Гиса меньше или равен 90° . Если он превышает 90° , это приводит к нарушению замыкания кардии и обуславливает появление недостаточности желудочно-пищеводного перехода. На величину угла Гиса влияют уровень газового пузыря в желудке, форма и положение желудка, расположение внутренних органов. Формирование НПС заканчивается к 5–7-й неделе жизни ребенка.

ГЭР



Физиологический



Патологический

Физиологический ГЭР возникает вследствие наблюдаемых и в норме спонтанных расслаблений НПС, повышения давления в желудке после еды; он имеет небольшую продолжительность и не сопровождается клиническими симптомами. Спонтанное расслабление НПС в норме наблюдается с частотой 5–6 эпизодов в час, в это время сфинктер расслабляется полностью, давление в нем сравнивается с давлением в желудке, продолжительность расслабления 5–35 с. После еды частота и продолжительность спонтанных расслаблений может возрастать, но при этом из желудка в пищевод забрасывается молоко, имеющее нейтральную рН, что не вызывает раздражения пищевода и может рассматриваться как допустимый физиологический ГЭР.

Патологический ГЭР является причиной ГЭРБ и сопровождается клиническими симптомами. Причиной его являются снижение базального давления в зоне НПС, более частые и длительные эпизоды спонтанных расслаблений, повышение давления в желудке вследствие нарушения постпрандиальной аккомодации и замедления эвакуации. При воспалительных изменениях слизистой оболочки пищевода снижается амплитуда его сокращений и клиренс. Тем самым создаются условия для более длительного контакта желудочного содержимого со слизистой оболочкой пищевода. Степень поражения последней тем сильнее, чем больше продолжительность и частота ГЭР, агрессивные свойства содержимого (соляная кислота, пепсин, желчь) и слабее защитные механизмы (саливация, слизистый барьер, регенерация эпителия, кровоснабжение).

*** *Клиническая картина.* ГЭРБ
проявляется тремя группами
СИМПТОМОВ:**

- * 1) срыгивания и расстройства питания;
- * 2) признаки воспаления со стороны пищевода (эзофагит);
- * 3) респираторные нарушения.

* Диагностика

Для диагностики ГЭРБ используются рентгенологический, эндоскопический методы, мониторинг pH в пищеводе, эзофагеальная манометрия. При контрастной (с использованием бария) рентгеноскопии пищевода и желудка у таких детей отмечается замедление прохождения бария в горизонтальном положении ребенка и ретроградный заброс его из желудка в пищевод. Отсутствие рентгенологических изменений не исключает наличия ГЭР.

Эндоскопическое исследование позволяет увидеть зияющую кардию и признаки эзофагита, оценить его тяжесть и протяженность, взять прицельную биопсию. Возможна ГЭРБ без эзофагита.

Манометрия и мониторинг pH являются наиболее точными и информативными методами, которые уточняют характер моторных нарушений пищевода, а также степень и продолжительность закисления пищевода. Именно они являются «золотым стандартом» в диагностике ГЭРБ.

* *Лечение*

Лечение ГЭРБ начинают с успокоения родителей и коррекции питания. *Основой диетотерапии* является уменьшение объема питания и увеличение его густоты. Ребенка кормят дробно, разделив суточный объем питания на 8–10 кормлений. Используют специальные смеси с загустителями, в состав которых входят рисовый крахмал (смесь Лемолак) или клейковина рожкового дерева – камедь (смеси Фрисовом, Нутрилон-AR). Прием лечебной смеси может завершать каждое кормление грудью либо полностью восполнять потребность в нутриентах при искусственном вскармливании ребенка. При недостаточной эффективности лечебных смесей используют позиционную терапию. Рекомендуется укладывать ребенка на спину или правый бок на специальный антирефлюксный щит с приподнятым на 30° головным концом. Кормить ребенка следует в полувертикальном положении (под углом 60°).

* **Медикаментозная терапия**

Она направлена на усиление тонуса кардиального сфинктера, пропульсивных движений пищевода и ускорение опорожнения желудка. Назначают препараты, воздействующие на серотониновые рецепторы и способствующие высвобождению ацетилхолина (цизаприд — 0,5 мг/кг/сут. в 3 приема), блокаторы допаминовых рецепторов: домперидон (мотилиум) — 1–2 мг/кг/сут. или метоклопрамид (церукал, реглан) — 1 мг/кг/сут. в 3 приема за 30 мин до кормления. Для защиты слизистой оболочки пищевода при эзофагите назначают гелеобразные антациды (топалкан, маалокс, фосфалюгель) по 1/2 ч. л. 5–6 раз в день после кормлений. При тяжелых эрозивно-язвенных формах эзофагита для уменьшения кислотообразования в желудке возможно назначение антисекреторных препаратов (ранитидин, фамотидин, омепразол). Обычно используют H₂-гистаминоблокатор ранитидин, который можно назначать внутрь по 2 мг/кг каждые 8 ч или внутривенно (нагрузочная доза 0,25 мг/кг и далее 0,05 мг/кг/ч). Препарат не назначают при почечной недостаточности.

* Ахалазия пищевода

Это нераскрытие НПС в результате нарушения нехолинергической и неадренергической интрамуральной иннервации. Это может быть обусловлено:

- 1) врожденным отсутствием или дефицитом нейронов в ганглиях межмышечного (ауэрабахова) сплетения в дистальном отделе пищевода
- * 2) гибелью этих клеток под воздействием внешних или внутренних факторов или периневральным склерозом

* Клиника

Основной симптом у младенцев — рвота во время кормления только что съеденным молоком без примесей желудочного содержимого, некоторое затруднение глотания, создающее что ребенок «давится» во время еды. В результате повторной аспирации у ребенка могут рецидивировать бронхиты, пневмонии. Весовые прибавки недостаточные.

* Диагностика

Диагноз ставится рентгенологически: при контрастном исследовании с йодолиполом или барием видно конусовидное сужение пищевода ниже диафрагмы в виде «мышинного хвоста», «хвоста редиски», «перевернутого пламени свечи», равномерное расширение пищевода, задержка эвакуации, а затем под тяжестью накопившейся массы — «проваливание» взвеси в желудок. При эндоскопическом исследовании пищевод расширен, заполнен пищей, слизистая его розовая, без воспалительных изменений, вход в кардию напоминает воронку, но аппарат свободно проходит через нее, ригидность отсутствует.

* *Лечение.*

Консервативная терапия обычно малоэффективна, показана пневмокардиодилатация, при отсутствии эффекта — оперативное лечение (кардиомиотомия). К этим методам лечения прибегают в старшем возрасте.

* Пилороспазм

Это спазм мускулатуры привратника, обуславливающий затруднение опорожнения желудка. В генезе пилороспазма придают большое значение гипертонусу симпатического отдела нервной системы и в целом нарушению иннервации «передней кишки» вследствие перинатального гипоксическо-травматического поражения ЦНС. Обычно у детей с пилороспазмом имеются признаки перинатальной энцефалопатии, они плохо прибавляют в массе. Срыгивания появляются у них с первых дней жизни, однако вначале они непостоянны.

* Клиника

По клинике основное рвотный синдром. Рвота повторяется ежедневно, но частота ее в течение суток может варьировать. Обычно она бывает «отсроченной», т.е. возникает ближе к следующему кормлению. Рвотные массы довольно обильные — створоженное кислое содержимое без примеси желчи, однако их объем никогда не превышает объема съеденной пищи. Рвота при пилороспазме часто сочетается со срыгиваниями, так как вследствие замедленного опорожнения желудка и повышения интрагастрального давления возможно возникновение ГЭР. Ребенок, несмотря на рвоту, прибавляет в массе, хотя эти прибавки недостаточны, постепенно развивается гипотрофия. Стул при пилороспазме остается нормальным. Некоторые авторы рассматривают пилороспазм в структуре ГЭРБ как один из ее механизмов.

* Диагностика

Для уточнения диагноза и исключения пилоростеноза в желудок через зонд вводится контрастная бариевая взвесь. На рентгенограммах не выявляются патологии, однако при досмотре через 2 ч может отмечаться задержка эвакуации контрастной массы. При эндоскопии спазмированный привратник выглядит сомкнутым в виде щели, через которую, однако, всегда можно пройти аппаратом, что исключает органические причины пилородуоденальной непроходимости.

* Лечение

Показано дробное кормление 8–10 раз в день. Используют смеси с загустителями (Фрисовом, Нутрилон-AR). Возможна трансэндоскопическая постановка зонда в двенадцатиперстную кишку для кормления. Назначают *спазмолитическую и седативную терапию*: атропина сульфат – /по 0,005 мг/кг внутривенно 8 раз с интервалом 10–15 мин; холинолитик рибал – 1 мг/кг/сут. в 3 приема за 15–30 мин до кормления; микстура Марфана: натрия бромид и настойка валерианы – по 2,0, экстракт белладонны – 12 капель разводят 100 мл дистиллированной воды, дают по 1 ч. л. 3 раза в день за 30 мин до кормления; «спазмолитический коктейль»: 2,5% растворы аминазина и пипольфена – по 1 мл, 0,25% раствор дроперидола – 1 мл, 0,25% новокаина – 100 мл по 1 ч. л. 3 раза в день за 30 мин до кормления. При упорной рвоте можно вводить нейролептики парентерально: 0,4 мл 2,5% растворов аминазина и пипольфена разводят в 9,2 мл физиологического раствора натрия хлорида. В 1 мл такого раствора содержится 1 мг аминазина и 1 мг пипольфена, вводят внутримышечно, по 0,3 мл/кг 2–4 раза в день за 30 мин до кормления.

* Немеханические причины непроходимости кишечника у младенцев

* *Инфекции*

* Генерализованные, сепсис

* Перитонит

* *Метаболические*

* Гипокалиемиа

* Гипо- или гипермагниемиа

* Гипокальциемиа

* Гипофосфатемиа

* Азотемиа

* *Эндокринные*

* Гипотиреоз

* Гипопаратиреоз

Лекарственные

Наркотики

Барбитураты

Ганглиоблокаторы

Трициклические антидепрессанты

Фенотиазиды

Неврологические

Гипоксические повреждения мозга

Спинальная травма

Миопатия

Семейная дизавтономия

Хронические идиопатические псевдообструкции

Синдром кишечной гипоперистальтики — микроколон-мегакисты

*** ВТОРИЧНАЯ (СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ) РВОТА**

- Рвота, связанная с нарушением обмена веществ.
- Рвота, связанная с инфекционными заболеваниями.
- Рвота, связанная с церебральной патологией.

*Галактоземия

Наследственное заболевание, передающееся по аутосомно рецессивному типу. Встречается с частотой около 1:20 000 новорожденных. При галактоземии нарушен переход галактозы в глюкозу в результате генетического дефекта фермента галактозидазы или галактозо-1-фосфатуридилтрансферазы

* Клиника

Галактоземия имеет много общего с проявлениями лактазной недостаточности, так как галактоза образуется в процессе расщепления лактозы в кишечнике. Рвота и срыгивания появляются с первых дней жизни, нарастают по мере увеличения объема принимаемого ребенком молока, носят упорный характер. Рвота обычно сочетается с разжижением стула, метеоризмом. Типична затяжная желтуха с постепенным нарастанием размеров печени при нормальных показателях печеночных проб. При отсутствии лечения впоследствии возможно развитие цирроза печени. Важным симптомом заболевания является врожденная катаракта, однако она встречается в период новорожденное™ не у всех больных, может развиваться позднее. Типичны вторичные инфекции.

* Диагностика

Для подтверждения его используют методы определения галактозы в крови и моче, содержания галактозо-1-фосфата и активности фермента Г-1-ФУТ в эритроцитах.

* *Лечение.*

Необходимо полностью исключить молоко (грудное, смеси на основе коровьего или козьего молока), так как все они содержат лактозу. Рекомендуются соевые смеси.

***ОСЛОЖНЕНИЕ РВОТНОГО СИНДРОМА**

- *1.Аспирация**
- *2.Дегидратация.**
- *3.Нарушения КОС**

*** СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ**

